

СЛУЧАИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПЕРЕНОСИМОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА, СОДЕРЖАЩЕГО ДРОСПИРЕНОН

*Радецкая Л.Е., Петкевич О.П., Дейкало Н.С.
УО « Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) относятся к числу уникальных лекарственных средств, которые назначаются не больным для коррекции каких-либо патологических симптомов, а здоровым людям. В результате работ по совершенствованию этих препаратов содержание гормонов в каждой таблетке уменьшилось в 50-100 раз по сравнению с первоначальным количеством. При этом контрацептивное действие препаратов сохранилось, а их побочные действия и потенциальный риск сократились до минимума [1,2]. К наиболее часто встречающимся побочным эффектам применения препаратов относятся головные боли, тошнота, нагрубание молочных желез, повышение аппетита, которое приводит к увеличению массы тела. В некоторых случаях отмечают кожные изменения(сыпь). В целом считается, что наименьшее количество побочных эффектов и осложнений дают трехфазные препараты и контрацептивы, содержащие гестагены третьего поколения- гестоден, дезогестрел, норгестимат - так как они в меньшей степени, чем препараты, содержащие левоноргестрел(второе поколение), влияют на углеводный и жировой обмен. В то же время их прием чаще сопровождается появлением метроррагий. Кроме того, имеются сведения, что препараты с прогестагенами третьего поколения чаще вызывают тромбообразование. Другими словами, идеального контрацептива пока не существует, и поиск новых гестагенных производных, которые позволили бы минимализировать проявления побочных эффектов и осложнений, повысив тем самым приемлемость последних, продолжается. Именно особенности гестагенного компонента определяют индивидуальность каждого гормонального контрацептива. В 2000 году был синтезирован прогестаген нового класса – дроспиренон, который, в отличие от большинства прогестинов, является производным спиронолактона, который вырабатывается в надпочечниках и активно участвует в регуляции водно-солевого обмена. Дроспиренон обладает антиминералокортикоидным и антиандрогенным действием и не имеет андрогенной, глюкокортикоидной и антиглюкокортикоидной активности. Вместе с этинилэстрадиолом дроспиренон входит в состав орального контрацептива ярина. По утверждению производителей, он помогает поддерживать стабильный вес за счет стимуляции выведения жидкости из организма и снижения аппетита, благоприятно сказывается на состоянии кожи и волос, практически ликвидирует предменструальный синдром.

Материалы и методы. Препарат ярина, содержащий 0,03 мг этинилэстрадиола и 3,0мг дроспиренона, на протяжении 6 месяцев принимали 12 женщин. Возраст их был в пределах 32 – 40 лет. Тяжелой экстрагенитальной патологии, требовавшей постоянного приема медикаментозных средств, не было ни у кого. Во время приема КОК пациентки находились под диспансерным наблюдением участкового врача акушера-гинеколога с осмотром раз в три месяца.

Оценка выраженности побочных эффектов препарата производилась на основании анкетирования и объективного гинекологического исследования. В процессе анкетирования женщины отмечали на унифицированной шкале точку, соответствующую восприятию данного признака. При обработке полученных результатов производилась стандартизация результатов наблюдения - указанный пациенткой интервал, который отражал интенсивность признака, измерялся и выражался в условных пунктах (у.п.), показывающих степень выраженности каждого признака. Максимальная степень выраженности признака – 100 у.п.

Результаты исследования. Нарушений жирового обмена ни у одной пациентки не было, индекс массы тела находился в пределах 19,6 -30,0. У двух человек вес был менее 60 кг (54 и 59 кг). У одной из женщин масса тела уменьшилась за три месяца приема ярины на 5 кг – с 71 до 66 кг, у двоих (с исходной массой 54 кг и 68 кг) – увеличилась на 3-4 кг. У остальных вес не изменился.

Восемь из двенадцати женщин принимали ярину в течение 6 месяцев и заявили о желании продолжить прием далее. Четверо отказались от дальнейшего приема препарата через 2-3 месяца. Причины прекращения приема были следующие. У женщины А. массой 66 кг, с исходным удовлетворительным самочувствием, легкой степенью болезненности и дискомфорта в молочных железах (25 у.п.), высоким качеством жизни в целом (85 у.п.) появилась резкая болезненность и напряженность в молочных железах, не купируемая приемом мастодинона, и послужившая причиной отказа от ярины. У пациентки И., массой 54 кг, с умеренным предменструальным дискомфортом в молочных железах, редкими перепадами настроения, удовлетворительным либидо, качеством жизни в целом, составляющим 72 пунктов по условной шкале, причиной отказа от ярины явилось появление непрекращающихся межменструальных кровотечений. У этой женщины наблюдалось также ухудшение самочувствия перед месячными (на 10 у.п.), и степени чистоты кожи (на 17 у.п.). Степень подавленности и перепадов настроения, уровень болезненности молочных желез осталась на прежнем уровне после 6 месяцев приема ярины. Женщина Р., массой 68 кг, страдающая предменструальным синдромом средней степени выраженности (60 пунктов по условной шкале), очень частыми перепадами настроения (93 у.п.), нарушениями сна (47 у.п.) и ощущением подавленности (60 у.п.), имевшая полноценное либидо, но низкое качество жизни в целом (46 пунктов по условной шкале) прекратила прием из-за усиления на 20 пунктов выраженности предменструального синдрома, увеличения веса на 4 кг, появления отеков ног. Четвертая пациентка, хорошо переносившая прием ярины, отказалась от препарата по причине высокой стоимости его.

Значительное изменение самочувствия на фоне приема ярины отмечала женщина Ш. массой 59 кг. Основным аргументом при выборе КОК для нее была способность ярины уменьшать проявления угревой сыпи и снижать продукцию сальных желез. На фоне первых двух месяцев приема состояние кожи лица пациентки не изменилось, общее самочувствие перед месячными стало хуже на 15 у.е., появились перепады настроения (в худшую сторону), чувство подавленности, чего ранее не встречалось практически никогда. Резкое (на 40 пунктов) ослабление интереса к половой жизни, что повлекло резкое, на 28 у.п., снижение самооценки качества жизни. Однако женщина продолжила прием в

косметических целях, через 6 месяцев отметила восстановление либидо, некоторое улучшение состояния кожи.

Оставшиеся женщины были удовлетворены яриной. Случаев нарушения менструального цикла у них не было. На характеристики менструации (продолжительность и интенсивность) прием ярины влияния не оказывал. Если до приема ярины имелось предменструальное напряжение молочных желез, то, как правило, степень его интенсивности сохранялось при приеме КОК (за исключением одного случая, описанного выше). На уровень раздражительности, частоту депрессивных состояний существенного влияния ярины не было замечено.

Выводы. В целом желание продолжать прием препарата изъявили 8 женщин из 12, включенных в данное исследование, три по причине развития некупировавшихся побочных эффектов, одна – из-за стоимости препарата. Одна женщина продолжила прием, несмотря на достаточно выраженные побочные эффекты, и в дальнейшем их интенсивность значительно уменьшилась. Таким образом, препарат ярина оказывает достаточно выраженное неконтрацептивной действие на организм, в ряде случаев сопровождаясь побочными эффектами, наиболее частыми из которых являются – метроррагии, появление болезненности и напряжения молочных желез, снижение либидо. Наблюдалось как увеличение, так и снижение массы тела и выраженности психоневрологического компонента предменструального синдрома. Следует отметить, что эти эффекты были сугубо индивидуальны, проявлялись, как правило каким-либо одним симптомом, и не повторялись у других женщин. Ярина подтверждает мнение о том, что идеального контрацептива не существует, и при их назначении всегда следует осуществлять тщательный индивидуальный подбор препарата для каждой пациентки.

Литература:

1. Радецкая, Л.Е. Контрацепция и гормонотерапия у женщин с гинекологической и экстрагенитальной патологией: метод рекомендации / Л.Е. Радецкая, Л.Я. Супрун / Витебский гос. мед. университет. – Витебск, 1999. – 25 с.
2. Руководство по эндокринной гинекологии / под ред. Е.М. Вихляевой. – 3-е изд., доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 784 с.